
(Name)

(Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(E-Mailadresse)

(Telefon)

Ärztliche Bescheinigung

(zutreffendes bitte ankreuzen)

Nach eingehender Untersuchung liegen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die/der Obengenannte in gesundheitlicher Hinsicht zur Ausübung des

- ärztlichen
- zahnärztlichen
- pharmazeutischen
- psychotherapeutischen

Berufes ungeeignet ist.

(Ort und Datum)

Praxisstempel und **Unterschrift** der Ärztin/des Arztes,
die/der die Untersuchung durchgeführt hat